

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES DANS LES FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 décembre 1928

PAR

Robert-Eugène-François-Marie ROMEZ-CUILLIEZ dit MASSA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 20 juillet 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0045

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES DANS LES FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 décembre 1928

PAR

Robert-Eugène-François-Marie ROMEZ-CUILLIEZ dit MASSA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 20 juillet 1902.



Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
DUVERGEY, professeur.....	
PAPIN, agrégé.....	<i>Juges.</i>
LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSE, MOURE, PRINGETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Témoignage d'affection filiale et de profonde reconnaissance.

Je les remercie du fond du cœur de m'avoir permis d'arriver à la carrière que je vais entreprendre grâce aux sacrifices qu'ils se sont imposés.

A TOUTE MA FAMILLE
ET A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES CAMARADES DE L'ECOLE
DE SANTE NAVALE

En souvenir de quatre années d'études
et de joies communes.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PELTIER

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Charles de Rochefort-sur-Mer.*

Faible hommage de reconnaissance.
Qu'il soit assuré de notre inaltérable gra-
titude et de notre profond attachement.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES MEMBRES DU JURY

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies.*

*Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DES PÉDICULES

DANS LES FIBROMES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Durant le cours d'une année d'externat à l'Hôpital André-Boursier, dans le service du Docteur Guyot, professeur de clinique gynécologique, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de fibrome pur de l'ovaire ayant subi la torsion du pédicule. Avec la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, notre excellent Maître nous autorisa à recueillir l'observation de cette malade, et c'est ainsi que nous fûmes conduit à choisir comme thèse inaugurale l'étude de la torsion des pédicules dans les fibromes de l'ovaire.

En choisissant ce sujet, nous reprendrons plus en détail un fait clinique qui nous a vivement intéressé, et, peut-être, apporterons-nous ainsi notre faible contribution à l'étude de cette question.

Après quelques généralités sur les fibromes purs de l'ovaire et ses complications (fréquence, volume, consistance, pédicule, nombre et sens des tours de spire), nous étudierons, dans une

série de chapitres, les différentes particularités de la question : ses causes, son mécanisme, les lésions observées, les symptômes qu'elle provoque, son évolution, son diagnostic, son pronostic et son traitement. Nous ferons suivre les différentes observations que nous avons trouvées pour illustrer notre travail.

Mais avant d'aborder cette étude, nous sommes heureux d'offrir l'hommage de notre reconnaissance à ceux qui, au cours de nos années médicales, ont été pour nous des guides aussi éclairés que bienveillants.

C'est à nos Maîtres de l'Ecole annexe de médecine de Rochefort et de l'Ecole de santé navale qu'iront d'abord nos remerciements et notre gratitude, pour s'être intéressés à nous dès le début de nos études médicales. Puis c'est au Docteur Lacouture, chirurgien des hôpitaux, au Docteur Secousse, médecin des hôpitaux, aux Professeurs agrégés Cabannes et Creyx, au Professeur de clinique chirurgicale Chavannaz et au Professeur de clinique gynécologique Guyot qu'iront nos remerciements, parce que, indépendamment du précieux enseignement clinique qu'ils nous ont donné au cours de nos années d'externat, nous avons toujours trouvé auprès d'eux un accueil dévoué, cordial et paternel.

CHAPITRE PREMIER

Longtemps niée par certains auteurs, en particulier par Smith, Greig, l'existence des fibromes de l'ovaire et des fibromyomes demeure aujourd'hui hors de doute. Elle a été affirmée par les travaux minutieux et les observations précises de Homans, Dubar, Ledoux, Veyssières, Picqué, Jacob et Bégouin.

GENERALITES

On range généralement le fibrome de l'ovaire parmi les tumeurs essentiellement bénignes; il y a cependant quelques ombres au tableau rassurant qu'on trace habituellement, et l'évolution de la tumeur peut être accompagnée de complications plus ou moins graves. Je citerai : la rétention d'urine par compression du col de la vessie, l'occlusion intestinale, la transformation calcaire ou kystique du fibrome, la dégénérescence sarcomateuse, l'inflammation de cette tumeur et, enfin, la torsion du pédicule. C'est cette dernière complication qui va faire l'objet de notre travail.

I. DÉFINITION. — On désigne sous le nom de torsion du pédicule d'un fibrome de l'ovaire « l'accident caractérisé par la rotation de la tumeur ovarique autour de son pédicule ».

II. FRÉQUENCE. — Cette torsion, dans les tumeurs solides de l'ovaire en général et dans les fibromes en particulier, est chose rare, et c'est cette rareté qui fait un des intérêts de la question : d'après les travaux de Schauta, de Jayle, de Guibé, de Briggs et Walker, de Goldberg, de Marconi, de Martin, et après avoir

étudié la plus grande partie des observations relatives à notre sujet, nous croyons pouvoir établir la statistique ci-dessous :

- 1^o Sur 100 tumeurs ovariennes opérées, on trouve 5 tumeurs solides;
- 2^o Sur 100 tumeurs solides ovariennes, il y a 50 fibromes;
- 3^o Sur 100 tumeurs solides ovariennes, il y a 7 cas de torsion;
- 4^o Sur 100 fibromes ovariens, 30 sont des fibromes purs.

Ce qui revient à dire que sur 1.400 tumeurs de l'ovaire opérées, nous aurons 72 tumeurs solides, dont 39 fibromes; sur ces 39 fibromes, 13 seront des fibromes purs, et, sur ces 13 fibromes purs, 1 seul aura son pédicule tordu. Certes, on ne doit attacher qu'une importance très relative aux résultats de cette statistique; nous l'avons seulement établie pour donner une idée générale sur la rareté de cette torsion, et non pas pour affirmer un pourcentage exact de cette affection.

III. — VOLUME. — Ces fibromes de l'ovaire atteignent un volume qui n'est jamais considérable, une grosse orange par exemple. Pourtant, Spiegelberg en aurait trouvé un du poids de 60 livres, large de 51 centimètres, long de 46 centimètres; dans un autre cas observé par Vautrin et Hoche, on signale un fibrome pur de 9 kilos et de 30 centimètres de diamètre; mais il faut avouer que c'est l'exception.

IV. FORME ET CONSISTANCE. — La forme de ces tumeurs rappelle généralement celle de l'organe : un peu allongée, quelquefois réniforme, le pédicule et la trompe se trouvant au hile de l'organe.

La consistance est dure et ferme, leur surface irrégulière et mamelonnée; la coloration est, la plupart du temps, blanchâtre, d'un blanc lactescent.

V. LE PÉDICULE. — Ces fibromes sont souvent nettement pédiculisés, plus franchement encore que les kystes ovariens : le pédicule, plus long et plus grêle que celui des tumeurs liquides ovariennes, est formé par le ligament utéro-ovarien et par le ligament large étiré; la trompe demeure indépendante, au

lieu de devenir solidaire de la tumeur, comme dans les kystes : c'est Léolpold qui a d'ailleurs insisté sur ce point.

VI. NOMBRE ET SENS DES TOURS DE SPIRE. — Le nombre des tours de spire peut être très variable : quelquefois $1/2$, quelquefois 1, 2, 3, et même 4 tours; il peut avoir, enfin, tous les intermédiaires.

Pour terminer ces généralités, on peut se demander si cette torsion est plus fréquente vers la droite que vers la gauche. Le désaccord est complet entre les auteurs : pour Rokitansky et Lawson, ce serait surtout vers la droite; pour Olshausen et Pearn, ce serait vers la gauche. D'après la loi de Kuster-Caroi, le sens de la torsion serait constamment celui des aiguilles d'une montre pour les tumeurs gauches, le sens inverse pour les tumeurs droites. Il semble, d'après nos observations, que cette loi soit le plus souvent confirmée et qu'il faille s'arrêter à cette dernière opinion.

CHAPITRE II

CAUSES

Les causes de torsion seront celles qui servent à l'expliquer dans toutes les autres tumeurs solides de l'ovaire; aussi y passerons-nous assez rapidement.

Avec de nombreux auteurs, nous diviserons ces causes en :

- 1° Prédisposantes;
- 2° Déterminantes.

Etudions les premières :

a) On peut faire remarquer d'abord que le nombre de pédicules tordus est plus grand dans les classes pauvres que dans les classes riches. Cela tient, évidemment, au genre de vie tout particulier à chaque catégorie de malades (Obs. I).

b) L'âge, c'est entre 20 et 43 ans, c'est-à-dire pendant la période de l'activité sexuelle que l'on observe la plus grande fréquence (Obs. IV, V, VI, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVII).

c) Les grossesses nombreuses (Thèse de Ringard, Lille, 1918) et les accouchements difficiles sont autant de facteurs prédisposants (Obs. I, IV, V, VI, X, XI, XIII, XIV, XV).

d) Ainsi que la fatigue, les mouvements brusques et répétés (Obs. I).

Parmi les deuxièmes, c'est-à-dire parmi celles qui jouent un rôle effectif dans la rotation de la tumeur autour de son pédicule, nous citerons :

a) La nature de la tumeur : on conçoit très bien cette torsion quand le fibrome est rond, petit et dense.

b) L'accroissement inégal du fibrome joue un grand rôle

parce qu'en changeant le centre de gravité de la tumeur celle-ci tend à basculer ou à pivoter sur son axe (Obs. IX).

c) L'absence d'adhérences.

d) La gracilité et la longueur du pédicule.

Il semble que ce soit surtout ces deux dernières causes qui jouent le plus grand rôle pour les fibromes ovariens :

L'absence d'adhérences. — Celles-ci sont, en effet, un obstacle absolu à la torsion, mais il faut dire que dans les fibromes de l'ovaire elles manquent presque constamment, à l'encontre des autres tumeurs solides; en effet, l'hypertrophie fibromateuse se passe tout entière dans la masse même de l'ovaire; ainsi c'est l'intégrité, la conservation de l'épithélium germinatif superficiel et, par suite, l'absence d'adhérences aux tissus voisins. Ce n'est que lorsqu'il existera des phénomènes inflammatoires de pelvi-péritonite ou lorsque la tumeur, devenue volumineuse, se trouvera enclavée, qu'il pourra se produire des adhérences qui fixeront le fibrome.

La gracilité et la longueur du pédicule. — Malgré l'avis de Dartigues, qui affirme que la torsion serait plus fréquente quand le pédicule est charnu et court (Obs. III), nous devons nous rallier à l'opinion de la généralité des auteurs, qui s'accordent pour affirmer que les fibromes ovariens se tordent sur leur pédicule, surtout parce que celui-ci est long et grêle. Il est bien certain, dit Guibé, que la gracilité du pédicule prédispose celui-ci à la torsion; aussi pourrions-nous trouver souvent cette complication dans les fibromes ovariens. Schauta, d'ailleurs, fait la même remarque.

On doit faire observer ici que, pour les autres tumeurs solides de l'ovaire, notamment les sarcomes et les épithéliomes, les choses sont beaucoup moins régulières, le pédicule étant tantôt grêle et allongé, tantôt, et plus souvent peut-être, large et charnu. Ainsi, dans ces cas-là, la torsion serait-elle plus rare : Guibé, par exemple, aurait trouvé trois cas de torsion dans les fibromes ovariens pour 2 cas dans les sarcomes et 1 cas dans les épithéliomes.

Pour terminer ces explications, nous devons donner l'avis

de certains auteurs qui ont considéré l'ascite comme un facteur important dans le mécanisme de cette torsion. Or, s'il est vrai que, dans les cancers, cette ascite la favorise, en donnant à la tumeur une grande mobilité et en retardant la production d'adhérences, il n'est pas exact de considérer l'ascite comme une des causes principales de torsion dans les fibromes ovariens parce que celle-ci est assez rare : Picqué en a cité quelques observations, ainsi que Meriel (Obs. II), Vautrin et Hoche (Obs. XIII).

CHAPITRE III

LESIONS

Les lésions produites dans ces tumeurs de l'ovaire par la torsion du pédicule sont très variables, étant donnée la plus ou moins grande intensité des troubles apportés dans la circulation sanguine par l'oblitération des vaisseaux du pédicule.

On avait divisé la torsion pédiculaire en torsion brusque et en torsion lente, la première comprenant les formes graves d'emblée, la deuxième les formes atténuées. Avec de nombreux auteurs, et notamment Coigneraï, nous pensons que cette division très simple n'est peut-être pas cliniquement très exacte et qu'il vaudrait mieux dire « étranglement complet et étranglement incomplet », puisque la gravité des symptômes et l'étendue des lésions dépendent uniquement du degré de striction du pédicule.

1° *Etranglement complet.* — Il peut se produire trois cas :

a) Il y a un arrêt complet de la circulation aussi bien veineuse qu'artérielle; on observe alors ou bien du sphacèle de la tumeur ou bien une rupture du pédicule au-dessus de son point d'étranglement, ce qui rend d'ailleurs le fibrome libre dans la cavité abdominale. Si l'arrêt n'est pas tout à fait complet, on voit survenir dans certains îlots une nécrose interstitielle, une désintégration des tissus, une sorte de liquéfaction, qui constitue des cavités remplies d'un contenu granulo-graisseux. Ce ne sont pas des kystes car ces cavités manquent de membrane limitante, mais de simples alvéoles, limitées par des travées conjonctives et disposées dans les parties de la tumeur les plus éloignées du hile.

Ce fibrome à pédicule tordu peut aussi bien prendre l'aspect

d'un kyste multiloculaire, mais un observateur prévenu pourra facilement éviter l'erreur en considérant le contenu des cavités, l'aspect chevelu de leurs parois composées de faisceaux conjonctifs dissociés sans revêtement épithélial, l'épaisseur de l'enveloppe de la tumeur et la densité du stroma périphérique.

b) Les veines peuvent être les premières comprimées. « Dans ce cas, le sang artériel continue à affluer; on observe des phénomènes congestifs intenses provoquant une augmentation rapide de la tumeur et souvent aussi des hémorragies importantes. »

Dans le fibrome de l'ovaire, comme d'ailleurs dans les autres tumeurs solides, cette augmentation de volume est peu ou pas perceptible et la rupture est moins à craindre, quoiqu'on l'ait signalée dans une observation.

c) Enfin, il peut y avoir un apport sanguin insuffisant pour nourrir la tumeur en totalité, mais capable néanmoins d'assurer la nutrition d'une partie du fibrome : en général, celle-ci occupe le voisinage du pédicule, le reste de la tumeur étant complètement sphacélé (Obs. de Guibé).

2° *Etranglement incomplet.* — La circulation est alors peu ou pas troublée. Il n'y a que des troubles légers, qui portent surtout sur le système veineux et qui causent soit un œdème interstitiel, soit un ramollissement avec nécrobiose de certaines portions de la tumeur.

Le pédicule est ordinairement très œdématié, la transsudation lente et peu abondante. Il peut se produire une inflammation péritonéale, qui aboutit à la production d'adhérences immobilisant ainsi la tumeur dans sa nouvelle position. La circulation peut d'ailleurs se rétablir peu à peu et l'état rester stationnaire très longtemps. On a noté aussi des cas de strictions lentes avec dégénérescence calcaire ou graisseuse du fibrome et résorption partielle ou totale de la tumeur.

Dans ce cas d'étranglement incomplet, cette torsion n'est souvent que le premier stade d'une torsion qui serait devenue complète dans un avenir plus ou moins rapproché si l'on n'avait pas opéré la malade.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Comme nous l'avons vu précédemment, la torsion peut se présenter sous la forme aiguë ou sous la forme chronique.

Dans le premier cas, on se trouve en présence d'un peu de gêne et de quelques vagues douleurs intermittentes, souvent tellement peu accusées que c'est une découverte d'opération, et dans le deuxième cas on constate un ensemble de symptômes graves, un peu moins marqués peut être que dans la torsion des kystes de l'ovaire.

Entre ces deux formes principales, il en existe une autre, caractérisée par de petites crises aiguës, séparées par des intervalles silencieux, ressemblant à des crises d'appendicite (avec lesquelles d'ailleurs on les confond souvent). C'est Olshausen qui, le premier, signala cet accident et le décrivit sous le nom de « torsion temporaire du pédicule ».

Étudions donc ces différentes sortes de torsion.

1° Dans le premier cas, le plus fréquent, disent les auteurs, ou bien la torsion se fait avec une lenteur telle qu'elle ne détermine aucun symptôme cliniquement appréciable (Obs. II), ou bien elle n'amène que des phénomènes cliniques très estompés : simple douleur dans le bas-ventre à l'occasion d'une fatigue par exemple (Obs. I). On trouve quelquefois des troubles menstruels, qui consistent soit dans la suppression des règles, soit dans l'apparition de métrorragies; certaines périodes cataméniales sont douloureuses et s'accompagnent parfois de douleurs irradiées dans le membre inférieur correspondant à l'ovaire atteint.

Le développement du fibrome ovarien semble se faire dans

les premières périodes avec une grande lenteur; aussi se passe-t-il un temps fort long avant que les symptômes ne s'affirment et s'imposent à l'attention du malade et du clinicien.

On peut faire remarquer que cette torsion lente peut donner lieu, malgré tout, à de grandes difficultés opératoires, car on peut trouver entre le fibrome et les tissus voisins de nombreuses adhérences, qui compliquent et allongent l'intervention chirurgicale.

2° Dans les torsions brusques, les symptômes revêtent une allure dramatique; on a tout l'ensemble symptomatique de la torsion brusque des kystes ovariens : début brusque à n'importe quel moment du jour ou de la nuit; douleur dans le bas-ventre, terrible, en coup de poignard; vomissements alimentaires puis bilieux, quelquefois accompagnés de constipation opiniâtre; température normale, qui fait contraste avec le pouls, petit et rapide; tumeur qui devient sensible à la palpation en même temps qu'elle se fixe et augmente légèrement de volume.

Pourtant, dans les fibromes de l'ovaire à pédicule tordu, les symptômes sont moins accentués que dans les kystes ovariens. Cela peut s'expliquer ainsi : « Dans le kyste, de grosses veines sillonnent les parois et les cloisons des loges secondaires, parfois très vastes; la circulation de retour ne se faisant plus, elles se gonflent jusqu'à se rompre et répandent leur sang dans l'intérieur du kyste. Cette hémorragie se manifestera par tous les signes caractérisant une perte de sang considérable. Il n'en va pas de même des fibromes ovariens, qui sont pleins et denses et qui n'ont pas, généralement, de cavités très spacieuses. »

CHAPITRE V

EVOLUTION

Dans la forme chronique, la torsion peut évoluer insidieusement sans presque aucun symptôme pendant longtemps, un délai de deux à cinq ans par exemple; mais, lorsque la tumeur se met à sortir de cette phase calme, elle franchit ses derniers stades avec rapidité.

Dans la forme aiguë, au contraire, l'évolution peut être beaucoup plus rapide. Généralement, on opère la malade sans retard, mais « sans intervention, dit Nelson, la mort semble plutôt rare » (Obs. V et VII).

Le plus souvent les symptômes disparaissent progressivement, les adhérences se forment et tout rentre dans l'ordre. Mais il ne faudrait pas croire que l'affection ne va pas sans présenter de gros dangers, car les complications, comme on le verra au moment de traiter le pronostic, sont fort nombreuses.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

En lisant les observations sur les différents cas de fibromes de l'ovaire à pédicule tordu, on arrive à cette constatation que, la plupart du temps, le diagnostic n'en a pas été fait, d'abord parce qu'on n'y pense guère et qu'ensuite il est très difficile.

Essayons de résumer les quelques cas cliniques qui peuvent se présenter :

1° CAS AIGUS.

a) Quand on n'a pas auparavant reconnu une tumeur solide ovarienne, les accidents aigus passent pour une appendicite, une occlusion intestinale, une rupture ou une torsion d'un kyste, une rupture d'une grossesse tubaire;

b) Quand on connaît la présence de la tumeur avant cet accident aigu, on peut porter le diagnostic de torsion du pédicule dans une tumeur solide de l'ovaire.

2° CAS CHRONIQUES.

Il est difficile ici de porter un diagnostic exact :

En effet, il peut s'agir d'une malade qui avait constaté « qu'elle avait quelque chose de gros dans le bas-ventre ». Le plus souvent, elle sera restée longtemps sans se faire examiner parce qu'elle ne ressentait aucune douleur et qu'elle croyait, du reste, que cela disparaîtrait peu à peu (malade de l'obs. III). Chez de telles femmes, la plupart du temps, le diagnostic n'en

a pas été fait, et l'erreur la plus fréquente a été de les prendre pour des tumeurs de l'utérus; dans ce cas, bien entendu, l'idée de torsion ne peut guère venir à l'esprit du médecin.

Une autre malade, qui aura constaté elle aussi avoir une tumeur dans l'hypogastre, vous racontera, à son entrée dans le service, qu'elle a ressenti quelques vagues douleurs abdominales durant une journée à peine et que ces petites crises se sont reproduites deux ou trois fois pendant les derniers mois. Mais la malade, ou bien passe rapidement sur ces faits, ou bien rattache ces douleurs à une autre cause : « Je crois, Docteur, disait la malade, dans le service du Professeur Guyot, que c'étaient des petites coliques. » Et le médecin, avec de tels renseignements, ne peut poser un diagnostic précis : il se fie à ce qu'il voit, à ce qu'il sent, à ce qu'il palpe, et dit : « Tumeur solide, probablement d'origine ovarienne. »

Dans ces cas chroniques, si l'on ne peut faire le diagnostic de torsion, on pourrait peut-être essayer, une fois la tumeur ovarienne reconnue, de savoir s'il s'agit d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne, d'un kyste, d'une grossesse extra-utérine, d'une tumeur du mésentère ou de l'épiploon? En d'autres termes, c'est maintenant la question du diagnostic différentiel qui se pose.

Ce sera probablement un fibrome si la tumeur est sessile, stationnaire, sans retentissement général, sans ascite, sans adhérences et si ses mouvements se transmettent à l'utérus.

Pour le sarcome et l'épithéliome, on constatera l'accroissement de la tumeur, son évolution rapide, l'ascite, l'altération de l'état général et la présence de noyaux secondaires à distance. Quand la tumeur, qui depuis longtemps était restée stationnaire, subit comme un coup de fouet, on peut dire fibrome qui se transforme en fibro-sarcome.

Le carcinome de l'ovaire provoque assez rapidement des douleurs paroxystiques, s'irradiant dans les membres inférieurs, dans les régions inguinales et lombaires, dans les grandes lèvres; puis l'ascite survient, avec perte de l'appétit, persistance des règles et retentissement sur l'état général.

Les kystes de l'ovaire sont uniloculaires, alors ils sont fluctuants, à moins d'être hypertendus, et, dans ce cas, ils simulent la tumeur solide; s'ils sont multiloculaires, les inégalités de consistance et les bosselures mettront sur la voie du diagnostic.

On doit songer aussi à une grossesse extra-utérine; dans ce cas, nous trouverons un écoulement de sang, survenant quelques jours après l'époque des règles, l'expulsion d'une caduque, des nausées et des vomissements, avec des douleurs abdominales violentes, vraisemblablement liées à la formation d'un hématosalpinx.

Les tumeurs du mésentère et de l'épiploon peuvent être confondues avec des sarcomes ovariens, mais les unes sont kystiques (alors fluctuation), et les autres sont des lipomes (alors lobulation).

Mais l'ensemble des symptômes est rarement assez net et assez complet pour qu'on puisse poser un diagnostic précis : on ne peut faire que des hypothèses pour distinguer ces tumeurs les unes des autres, et, souvent, le diagnostic n'est établi qu'après l'ouverture de l'abdomen, la coupe de la tumeur et son examen microscopique.

« Pour nous, dit Dartigues, ce qu'il y a de vraiment intéressant, ce n'est pas de faire un diagnostic de fibrome de l'ovaire, car le bon sens indique que l'on ne peut faire un diagnostic histologique, mais de savoir qu'on a affaire à une tumeur solide; car celle-ci commande l'intervention. » Et, plus loin : « Il ne peut être question avant d'ouvrir un ventre, pour l'ablation de telles tumeurs, de leur appliquer l'épithète de fibromes, sarcomes ou épithéliomes. C'est un pur hasard, où l'on peut du reste avoir le bonheur exceptionnel de tomber juste. »

Coudert dit, lui aussi, dans la *Revue de gynécologie* : « Toutes les tumeurs de l'ovaire se traduisent par des signes cliniques identiques, qu'il s'agisse d'un fibrome, d'un épithéliome, d'un sarcome. Aussi devra-t-on s'abstenir de tout diagnostic portant sur la nature de la tumeur. Il est, en effet, des fibromes qui évoluent rapidement et simulent des néo; il est des néo qui res-

tent latents, n'influencent pas la santé et simulent des fibromes; il y a des cancers sans ascite, il y a des fibromes avec ascite; rien de plus variable que ces différentes variétés de tumeurs.

» En résumé, l'étude clinique doit simplement permettre d'arriver à ces deux diagnostics :

» 1° Est-ce bien une tumeur de l'ovaire?

» 2° Est-elle solide?

sans s'attacher à vouloir faire un diagnostic d'ailleurs impossible. »

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Disons de suite que le pronostic est toujours grave dans les cas de torsion brusque. Il l'est beaucoup moins pour les cas de torsion lente à symptômes atténués, mais il doit être encore réservé, car si la vie du malade n'est pas immédiatement en danger, rien ne dit que les crises ultérieures évolueront avec la même bénignité.

D'une façon générale, on peut dire que, dans tous les cas de torsion pédiculaire, si l'on n'intervient pas rapidement, la malade est exposée à mourir du fait des complications de cet accident : hémorragie interne, sphacèle du pédicule entraînant celui de la tumeur et pouvant provoquer une péritonite mortelle, suppuration pelvienne entraînant la mort par cachexie, occlusion intestinale résultant soit de l'obstruction mécanique de l'intestin par le poids de la tumeur, soit de son étranglement par des adhérences, urémie par compression des uretères.

Signalons, enfin, quelques rares cas de guérison partielle ou totale, qui se seraient produits à la suite de torsion du pédicule suivie ou non de la rupture du fibrome.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

1° Dans les cas chroniques, où souvent les symptômes s'atténuent progressivement, il faudra malgré tout opérer vite. L'intervention sera dirigée contre la tumeur, « la torsion du pédicule ne constituant ici qu'une complication à peu près dépourvue d'intérêt, car elle complique peu ou pas l'opération ». Il faudra opérer vite, car, ou bien on peut découvrir des lésions beaucoup plus graves qu'on ne le croyait, ou bien il peut s'agir de crises à répétition, et rien ne dit, dans ce cas-là, que la crise suivante ne sera pas une rechute plus grave qui peut emporter la malade.

2° Dans les cas aigus, dès que le diagnostic de torsion de tumeur ovarienne est posé, il s'ensuit une indication impérieuse d'opérer. Il faudra agir le plus tôt possible, d'urgence même, sans attendre le refroidissement, car l'opération sera plus simple ayant de plus grandes chances pour trouver une tumeur non adhérente et non infectée. Une hémorragie grave, une infection péritonéale, même un dénouement fatal imminent, ne sont pas des contre-indications impérieuses de l'ovariotomie; ces divers accidents doivent, au contraire, hâter la rapidité de l'intervention. La grossesse même avancée ne constitue pas non plus un obstacle, mais, dans ce cas-là, le pronostic de l'intervention devient plus grave.

L'opération qui s'impose, c'est l'extirpation totale de la tumeur par castration unilatérale; très exceptionnellement, la coexistence de fibromes utérins ou de lésions ovariennes opposées pourrait rendre nécessaire une hystérectomie.

Les résultats éloignés sont très bons lorsqu'il s'agit de fibromes purs; mais la transformation en sarcome de ces tumeurs conjonctives peut s'observer sans que les caractères macroscopiques en soient modifiés; aussi est-il très important de toujours faire un examen microscopique de la pièce enlevée pour fixer le pronostic.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

Nous avons divisé ces observations en deux groupes.

Dans le premier, nous avons groupé celles où la torsion s'accompagne de phénomènes cliniques très estompés.

Dans le deuxième, au contraire, nous avons réuni celles où la torsion s'accompagne de péritonite grave.

PREMIER GROUPE

OBSERVATION I (Inédite).

(Recueillie à l'Hôpital André-Boursier,
dans le service de M. le Professeur Guyot).

Mme L..., 59 ans, femme de ménage, entrée dans le service le 5 novembre 1927, salle 2, lit 36.

La malade entre dans le service, sur les conseils du Professeur Guyot, parce qu'elle souffre de la fosse iliaque droite et présente une tumeur abdominale.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Dans ses antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 6 ans. Réglée à 13 ans, règles abondantes et douloureuses. Mariée à 19 ans, veuve à 26 ans. N'a pas eu d'enfants de ce premier mariage. Remariée à 32 ans. Une seule grossesse, en 1912, qui a suivi normalement son cours; par contre l'accouchement a été très pénible : application des fers ayant causé une déchirure du périnée. Ménopause à 47 ans.

Histoire de la maladie : Au cours de la guerre, de 1915, dit la malade, et jusqu'en 1918, la malade perd du sang presque continuel-

lement, mais surtout au moment des grandes fatigues. A noter aussi quelques pertes blanches.

Tout revient dans l'ordre en 1918, et, jusqu'en 1923, la malade ne ressent rien.

A cette époque, sans aucune raison, la malade recommence à perdre du sang en abondance, puis, après un arrêt passager, ces pertes ne tardent pas à revenir à intervalles réguliers (15 jours).

En 1925, alors qu'elle est en voyage, la malade est prise brusquement de douleurs dans le bas-ventre avec prédominance dans la fosse iliaque droite; pas de fièvre; pollakiurie très nette. Cette crise douloureuse a obligé la malade à s'aliter une seule journée.

Pendant l'année 1926, Mme L... ne souffre point. Puis, à partir de cette époque, la malade recommence à souffrir dans le bas-ventre à la moindre fatigue.

En décembre 1926, mars 1927 et novembre 1927, la malade a trois crises douloureuses, identiques à la première comme localisation, durée et intensité. Ayant constaté qu'elle avait « quelque chose de gros dans son bas-ventre » la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen le 7 novembre (M. le Prof. Guyot) : Rien à l'inspection.

A la percussion : matité dans la fosse iliaque droite.

Palpation : sur la ligne médiane, on trouve une masse volumineuse, de consistance dure, donnant la sensation très nette de bosselures.

Au toucher vaginal : On sent une masse dure dans le cul-de-sac latéral droit, peu douloureuse à la pression, mobile, indépendante de l'utérus, qui est normal; le cul-de-sac gauche est libre et non douloureux.

M. le Professeur Guyot fait le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit.

Pas d'hystérométrie.

Pas d'examen radiographique au lipiodol.

Tension artérielle : Mx, 18; Mn, 10; Io, 1 1/2.

Pas d'albumine.

Urée sanguine, 0 gr. 40.

Opération, le 15 novembre 1927, par M. le Professeur Guyot.

Durée : trente et une minutes. La rachianesthésie à la novocaïne étant insuffisante, on la complète par inhalation du mélange de Schleicht.

Dès le ventre ouvert, on trouve une tumeur solide de l'ovaire droit, du volume d'un gros poing, avec de l'ascite. Rien à gauche. Cette tumeur a un long pédicule dans lequel se trouve la trompe et qui présente une torsion d'un tour et demi de spire dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

On pratique une ovariectomie; on sectionne le pédicule entre deux pinces; ligatures étagées.

Après avoir mis un drain et une petite mèche, suture de la paroi en trois plans; surjet péritonéal, surjet musculo-aponévrotique et suture cutanée aux crins.

L'examen histologique, fait par Mlle le Docteur Dubreuil, chef de laboratoire à l'Hôpital André-Boursier, montre qu'il s'agit d'un fibrome pur de l'ovaire.

Examen le 17 novembre : Température à 37 degrés; pouls à 104; la malade a bonne figure et ne souffre pas.

Le 19 novembre : Température à 36 degrés; pouls à 96; léger subictère.

Le 22 novembre (sept jours après son opération) : On enlève le drain; la mèche, malgré des irrigations faites depuis trois jours, ne se détache pas.

Le 25 novembre : Plaie et ventre en bon état. La mèche est retirée : la température et le pouls sont normaux.

Le 1^{er} octobre : On enlève les crins; bon aspect de la plaie.

Le 8 octobre, la malade quitte le service en excellent état.

Elle est revenue depuis à la consultation de l'Hôpital André-Boursier, où on a constaté sa complète guérison.

OBSERVATION II.

(MÉRIEL, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1908, p. 143.)

Mme B..., 56 ans, vient consulter le Docteur N... pour une tumeur fibromateuse de l'utérus. C'est tout à fait inopinément qu'en l'examinant pour des troubles digestifs son médecin a trouvé une

tumeur sus-pubienne. Jamais il n'y a eu violentes douleurs, ni poussées de péritonite. Ni pertes blanches, ni pertes rouges.

A l'examen, on trouve sur la ligne médiane une tumeur arrondie, dure, mobile dans tous les sens et point douloureuse. Cette mobilité est facilitée par une certaine quantité de liquide ascitique.

On fait le diagnostic de fibrome utérin pédiculé. A l'opération, on trouve un fibrome pédiculé non pas utérin, mais ovarien. Celui-ci a son pédicule tordu une fois sur lui-même. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un fibrome pur de l'ovaire.

OBSERVATION III (Résumée).

(BOURGOIN, thèse Paris, 1894.)

Mme X..., 47 ans, 13 grossesses normales. Quand la tumeur se montra, elle se crut de nouveau enceinte, mais la régularité de ses règles et leur caractère toujours identique lui fit abandonner cette idée.

La tuméfaction augmente lentement et régulièrement, donnant lieu à quelques douleurs passagères et, de temps en temps, à quelques vomissements, puis la malade éprouve tous les symptômes d'une péritonite localisée.

Après examen de la malade, on hésite entre kyste, fibrome pédiculé de l'utérus ou de l'ovaire.

A l'opération, on trouve une grosse tumeur globuleuse fluctuante, avec un pédicule épais tordu sur lui-même. A l'examen histologique, on constate un fibrome pur de l'ovaire avec début de sphacèle.

OBSERVATION IV (Résumée).

(GAMEL, *Marseille médical*, 1922, p. 127 à 130.)

Il s'agissait d'une femme de 23 ans avec un état général à peine satisfaisant qui, à côté d'une grossesse normale de quatre mois et demi, est porteuse d'une tumeur de la région cœcale ayant donné lieu à quelques gargouillements, à de la diarrhée, à des coliques. Cette tumeur rappelle par ses caractères une tuberculose hypertrophique du cæcum.

On décide l'intervention à un moment où la grossesse risque le moins d'être influencée. On trouve une masse ovoïde de couleur violacée, indépendante du cæcum; la trompe du même côté est complètement libre. Le pédicule présente une légère torsion d'un demi-tour environ.

L'opération s'est très bien passée et la grossesse a continué à évoluer normalement.

L'examen microscopique de la pièce avait montré qu'il s'agissait d'un fibrome pur de l'ovaire.

OBSERVATION V.

(P. Pozza, *Rassegna obst. et gyn.*, Napoli, 1901. Thèse de RINGARD, Lille, 1918-1919.)

Femme de 21 ans. Primipare. Au huitième mois de sa grossesse, troubles de la miction.

L'examen fait reconnaître une tumeur sphérique siégeant dans le Douglas et refoulant en avant l'utérus.

Laparotomie : Fibrome de l'ovaire avec torsion du pédicule et de l'utérus.

Accouchement prématuré sept jours après l'intervention.

Mort de la femme.

OBSERVATION VI (Résumée).

(LANDAU, F. EYNÜK, 1902, obs. IV.

Thèse Ringard, Lille, 1918-1919.)

Femme de 26 ans. Secondipare. Pas de troubles. On trouve en arrière de l'utérus une tumeur très dure et mobilisable par en haut.

Laparotomie : Ablation d'un fibrome pur de l'ovaire gauche à pédicule tordu (1 fois).

Guérison : Accouchement à terme.

DEUXIEME GROUPE

OBSERVATION VII.

(BÉGOUIN, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1907, p. 69.)

Femme de 56 ans. N'est plus réglée depuis quatre ans. Ressent dans le bas-ventre des douleurs très violentes. Le ventre augmente de volume. Pas de pertes vaginales; pas de constipation; pas de diarrhée. Mictions normales. Tout d'un coup les douleurs redoublent d'intensité avec vomissements et fièvre. On fait le diagnostic de péritonite avec tumeur dans le bas-ventre. On décide de laisser refroidir la péritonite et on peut alors mieux examiner la malade; on porte alors le diagnostic plus précis de fibrome de l'ovaire à pédicule tordu, ce qui fut confirmé lors de l'intervention.

(OBSERVATION VIII (Résumée).

(DUROUX, *Lyon médical*, 1912, t. XCIX, p. 648.)

Femme qui a ressenti à plusieurs reprises de vives douleurs abdominales avec vomissements, augmentation du volume du ventre et constipation : véritables crises de péritonite qui duraient quelques jours et s'amendaient progressivement.

Rien dans les antécédents personnels; quatre accouchements; prolapsus; pas de pertes sanguines; pertes blanches.

A l'opération : on trouve un fibrome de l'ovaire droit avec un pédicule présentant une torsion de deux tours de spire en sens inverse des aiguilles d'une montre.

OBSERVATION IX (Résumée).

(JAYLE et BENDER, *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1904.)

C... (Léontine), 43 ans. Rien dans ses antécédents. Accouchement normal. A 34 ans, elle commence à souffrir dans le bas-ventre : douleurs sourdes et intermittentes. En même temps la malade cons-

tate la présence, dans l'abdomen, d'une grosseur qui augmentait progressivement. Tout d'un coup, crise douloureuse intense avec vomissements, ballonnement du ventre et fièvre; la tumeur augmente de volume et s'immobilise dans l'abdomen. On prescrit le repos au lit dans l'attente d'une opération inévitable; l'état de la malade s'améliore et elle peut se lever le douzième jour.

On l'opère peu après et on constate une tumeur bosselée, irrégulière, pesant 1.250 grammes, avec un pédicule étroit, présentant une torsion très serrée de un tour et demi de spire.

OBSERVATION X.

(TCHAKMAKOFF, thèse Lyon, 1906.)

P... (Marie), 45 ans. Rien à noter dans ses antécédents personnels. Quatre accouchements; les trois premiers normaux; seul le dernier a été pénible et très douloureux; à la suite de celui-ci, déchirure périnéale et prolapsus utérin.

Elle a fait, à plusieurs reprises, des crises de péritonite, avec augmentation du volume du ventre, douleurs, vomissements et constipation. C'est la dernière de ces crises qui la décida à se faire admettre à l'hôpital.

En raison des phénomènes péritonéaux aigus qui faisaient penser à une torsion du pédicule d'une tumeur solide de l'ovaire, l'opération fut faite sept jours après son entrée dans le service.

A l'opération, on trouve une tumeur qui s'implante par un petit pédicule sur les annexes droites. Le pédicule est tordu dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. A gauche, deuxième tumeur nettement kystique.

A l'examen, grosse tumeur dure pesant 2 kil. 500; c'est un fibrome pur, dont la coloration périphérique est vineuse et dont le centre est partiellement sphacélé.

OBSERVATION XI.

(HOFFMEIER, *Inaug. diss. Wurzburg*, 1900.

Thèse de RINGARD, 1918-1919.)

Femme 32 ans. Accouchement spontané; après celui-ci, douleurs vives, ventre ballonné et douloureux, vomissements.

Diagnostic : tumeur de l'ovaire droit et péritonite..

Laparotomie : Ablation d'une tumeur fibromateuse volumineuse, à aspect nécrotique, dont le pédicule présente un tour et demi de torsion. Guérison.

OBSERVATION XII.

(VAUTRIN et HOCHÉ, *Revue gyn. et chir. abd.*, 1909.)

Mme P..., 37 ans, est opérée le 26 octobre pour une tumeur de l'ovaire droit. Après ouverture du ventre, je constate que cette tumeur, qui avait causé de vives douleurs depuis quelques semaines et avait notablement grossi, était adhérente à l'épiploon et au côlon pelvien. Sa surface, régulière et lisse, présentait une consistance à demi-molle, avec des points presque fluctuants. Après libération des adhérences, la tumeur fut extraite de l'abdomen, et je pus vérifier l'existence d'une torsion du pédicule de la tumeur d'un tour et demi de spire. La tumeur pesait 2 kilos et, à la coupe, on trouvait un œdème considérable dissociant les trousseaux fibreux volumineux du néoplasme. En deux points, situés au pôle opposé du hile, on remarquait deux îlots de ramollissement.

OBSERVATION XIII (Résumée).

(VAUTRIN et HOCHÉ, *Revue gyn. et chir. abd.*, 1909.)

Mme B..., 48 ans, voit sa santé s'altérer depuis quelques mois. Quatre enfants. Ménopause à 47 ans. En juillet 1907, surviennent des pertes de sang, qui prennent quelquefois le caractère d'hémorragies importantes; en même temps, le ventre augmente de volume, l'appétit se perd et l'œdème apparaît aux jambes et aux cuisses.

A l'examen du ventre, je constate la présence d'une ascite assez abondante, mais on délimite facilement le pôle supérieur d'une tumeur dure qui remonte jusqu'à l'ombilic. Par le toucher, on trouve 2 tumeurs : l'une, plus petite, faisant corps avec l'utérus et appliquée contre le pubis, c'est un fibrome utérin; l'autre, plus volumineuse, plongeant dans le Douglas, indépendante du corps utérin.

A l'opération, on évacue 8 litres de liquide citrin, et on trouve

une tumeur dure, d'un blanc nacré, et lobulée. Elle est extraite du bassin assez facilement à la main et son pédicule, tordu d'un demi-tour, est sectionné. Je pratique l'hystérectomie abdominale subtotale, étant donné le fibrome utérin.

Un an après, la malade était en pleine santé, ayant regagné 12 kilos depuis son opération.

OBSERVATION XIV.

(H. P. SIMPSON, *Obs. soc. op. Edinburgh*, 1890.

Thèse de RINGARD, 1918-1919.)

Femme de 29 ans. Quatre grossesses. Le ventre reste gros après l'accouchement, on y révèle la présence d'une tumeur, qui devient rapidement volumineuse et douloureuse.

Laparotomie : Ablation d'une tumeur fibromateuse, dépendant de l'ovaire gauche, à pédicule tordu. Guérison.

OBSERVATION XV.

(*Budapesti orvosi Uysag Szüles es Nőgyogya*, 1910.

Thèse de RINGARD, 1918-1919.)

Femme enceinte de trois mois. Torsion du pédicule d'une tumeur de l'ovaire s'étant accompagnée de crises douloureuses intenses.

Laparotomie : Ablation d'un fibrome de l'ovaire à pédicule tordu. Guérison. Continuation de la grossesse.

OBSERVATION XVI.

(DEVÈZE, *Paris chirurgical*, n° 7, p. 107.)

Femme de 63 ans. Douleurs dans le bas-ventre à peu près continues et, parfois, véritables crises violentes imposant le séjour au lit. En novembre 1910, crise à caractère aigu avec vomissements porracés et ballonnement du ventre. L'abdomen était météorisé et douloureux au moindre contact; sous l'influence du repos au lit, ces troubles disparaissent en partie, mais le ventre demeura toujours sensible.

Trois mois après, nouvelle crise avec les mêmes caractères; on constate alors la présence d'une tumeur qui oriente son diagnostic vers l'idée d'un kyste ovarique à pédicule tordu. Pas d'ascite.

Le 13 avril, laparotomie : Tumeur ovoïde formée aux dépens de l'ovaire gauche, et à pédicule fortement tordu; il y a trois tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce pédicule est fortement ecchymotique, et mesure 4 centimètres.

L'examen de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome pur de l'ovaire, d'un poids de 1.800 grammes, et de 9 centimètres de diamètre.

La malade peut se lever sans incidents quinze jours après. Le 15 mai, elle avait un excellent état général, ayant déjà engraisé de 2 kilos.

OBSERVATION XVII.

(SICARD et LAUX, *Soc. sc. méd. et biol.*, Montpellier, mars 1927, p. 155.)

Mme M... (A.), 43 ans, entre le 29 septembre 1926 en état de crise étiquetée appendicite aiguë.

Douleur abdominale avec localisation prépondérante au flanc droit; pas de vomissements; constipation; pas de gaz; température, 38°5; pouls à 100.

Le lendemain matin, les phénomènes aigus paraissent s'amender. Glace sur le ventre.

L'examen objectif fait dès le début, révèle la présence d'une tumeur abdominale, dépassant l'ombilic en haut, de consistance dure.

Par le toucher vaginal, on constate que le col est déjeté latéralement (vers le cul-de-sac latéral gauche); la tumeur paraît fixée.

Quelques jours après, les phénomènes aigus ayant cessé, les signes se modifient; la tumeur paraît avoir diminué de volume; on peut préciser ses rapports; en particulier l'on se rend compte qu'un sillon la sépare de l'utérus. Les mouvements imprimés à la tumeur, devenue légèrement mobile, se transmettent à l'utérus et réciproquement; consistance toujours très dure.

Diagnostic : Kyste dermoïde de l'ovaire tordu. Rien d'autre à signaler; urée : 0 gr. 26 par litre; urines normales.

Opération (5 octobre 1926), anesthésie à l'éther : Nombreuses adhérences épiploïques d'un rouge noir; section de ces adhérences et libération en suivant de très près la paroi du kyste. On réussit à l'énucléer. Le pédicule de la tumeur est tordu dans les sens des aiguilles d'une montre (deux tours). Détorsion. Ligature et section du pédicule. Suture séro-séreuse d'une déchirure superficielle et peu étendue de la paroi séro-musculaire de l'intestin grêle.

Mikulicz; suites opératoires normales.

Description de la pièce : Tumeur fibreuse, grosse comme un melon, de coloration rosée, sauf en deux points. Au niveau du pôle supérieur et du pôle inférieur on remarque une coloration blanchâtre à limites nettes. Ce sont deux foyers de sphacèle consécutifs à la torsion.

L'examen histologique confirme le diagnostic anatomique : il s'agit bien d'un fibrome de l'ovaire, avec, en deux points, des plaques de nécrobiose aseptique.

OBSERVATION XVIII. (Traduite.)

(PAMASKY, Fibrome de l'ovaire avec torsion du pédicule,
Zeits. fr. gyn., 1897, t. XXIV, p. 475.)

Femme de 21 ans. Rien dans les antécédents. A trois reprises différentes, crises douloureuses abdominales avec nausées, ballonnement du ventre, et constipation. Troubles de la miction.

A l'examen : Grosse tumeur douloureuse, irrégulière, mobile, siégeant dans le Douglas et refoulant en avant de l'utérus.

A l'opération : fibrome de l'ovaire avec torsion du pédicule (deux tours).

Guérison.

CONCLUSIONS

I. — La torsion du pédicule des fibromes de l'ovaire est une complication rare, puisqu'on la rencontre 0,33 fois pour 100 fibromes ovariens opérés et qu'il y a environ 1,5 fibromes sur 100 tumeurs de l'ovaire.

II. — Cette torsion peut être complète ou incomplète. A ces deux degrés d'étranglement, correspondent en général deux formes cliniques : torsion brusque avec phénomènes généraux graves, et torsion lente avec phénomènes généraux estompés.

III. — Le diagnostic des fibromes de l'ovaire à pédicule tordu est presque impossible dans les cas aigus, comme dans les cas chroniques.

IV. — Le pronostic, dans les torsions lentes, est plutôt bon. Dans les torsions brusques, il est grave, quoique moins alarmant que dans les kystes de l'ovaire.

V. — Le seul traitement efficace, c'est la castration unilatérale pratiquée le plus tôt possible.

VU : BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 7 décembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN. — Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu. *Journ. méd.*, Bordeaux, 1907, p. 69.
- BENDER et HEITZ. — Volumineux fibromyome de l'ovaire. *Soc. ana.*, 1903, p. 241.
- BRIGGS et WALKER. — 49 cas de tumeurs solides de l'ovaire dont 31 fibromes. *J. obst. et gyn.*, 1908, p. 77.
- COIGNERAI. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Revue gynécologie*, 1899, t. III, p. 601.
- DELEGRANGE. — Fibrome de l'ovaire. *J. sc. méd.*, Lille, 1898, p. 321.
- DEVÈZE. — Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu. *Paris chirurgical*, n° 7, p. 107.
- DUHAR. — Fibrome de l'ovaire. *Bull. méd. Nord*, 1893, p. 7.
- DUROUX. — Fibrome de l'ovaire droit tordu sur son pédicule, *Lyon méd.*, 1902, t. XCIX, p. 648.
- DUPLAY, ROCHARD, DEMOULIN. — Diagnostic chirurgical, p. 598, 616, 617.
- GEORGES (Henry). — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1919.
- GAMEL. — Fibrome de l'ovaire et grossesse. *Marseille médical*, 1922.
- GUIBÉ. — Torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de gynécologie*, 1909, p. 55.
- GUILLAUME (Louis). — Tumeurs solides de l'ovaire. *Arch. méd. chirurgicale de province*, 1925, p. 102.
- HEINRICIUS. — Un cas de fibrome de l'ovaire. *Central fr. gyn.*, 1902, p. 459.

- JAYLE et BENDER. — Sur la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de gyn.*, 1904, t. VIII, p. 419.
- MÉRIEL. — Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu. *Soc. anat.*, 1908, p. 143.
- NELSON. — Tumeurs solides de l'ovaire. *An. J. obst.*, 1888, p. 1197; *Soc. gyn. of Chicago*, 1887.
- PAMASKY. — Fibrome de l'ovaire droit avec torsion du pédicule. *Zeits. f. gyn.*, 1897, t. XXIV, p. 475.
- RINGARD. — Contribution à l'étude de la torsion des pédicules des tumeurs de l'ovaire au cours du travail et des suites de couches. Thèse Lille, 1918-1919, n° 6.
- SICARD et LAUX. — Fibrome de l'ovaire; torsion du pédicule. *Soc. méd. et biol. et Montpellier*, mars 1927, p. 155.
- SCHMIDT. — Fibrome de l'ovaire avec pédicule tordu. *Zentral fr. chir.*, 1904, p. 1480.
- VAUTRIN et HOCHÉ. — *Revue gyn. et chir. abd.*, 1909, p. 603.

